

慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整

山 下 亮 子（千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程）

増 島 麻里子（千葉大学大学院看護学研究科）

眞 嶋 朋 子（千葉大学大学院看護学研究科）

本研究の目的は、慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整を明らかにし、個別の生活背景を持つ慢性心不全患者の看護援助を検討することである。心不全の診断を受けた左室駆出率40%以下程度の外来通院患者を対象に半構造化面接、参加観察、記録調査を行い、質的帰納的に分析した。その結果、慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整は【症状悪化しないことが第一優先であると意識を変える】、【症状悪化しないことを優先する生活様式に変更する】、【務めや趣味のために少ない心身のエネルギーを適切に配分する】、【自分を取り巻く状況を考慮した結果、心負荷となる行動をやむを得ず行う】、【心負荷と分かっているが自分の価値観を優先したいので負荷となる行動をとる】等の9つのカテゴリーが明らかになった。患者は症状悪化予防行動を生活に組みこむことで日常生活全般に渡って制約を受けながらも、様々な対処によって馴染んだ生活を維持しようとしていた。また、患者の中には、症状悪化予防よりもやむを得ない状況や、自分の価値観や信条を優先する者が存在し、状況に応じて相反する調整を使い分けたり、自身の価値観と症状悪化予防のどちらを優先すべきか揺れ動く状況が示された。慢性心不全患者に対する看護援助は、1) 心不全による制約を患者が望む馴染んだ生活に組み入れられるよう支援する、2) 心不全を抱えて生きる過程において症状悪化予防と自身の価値観との調整を支援する、ことである。

KEY WORDS : chronic heart failure, preventive measures against deterioration, daily life

I. はじめに

心不全はすべての心疾患の終末的な状態であり¹⁾、わが国の心疾患や心不全による死亡数は年々増加している²⁾。さらに高齢になるほど心疾患が死因となる割合は高く³⁾、慢性心不全患者は人口の高齢化を背景に今後も増加すると予測される。

慢性心不全患者は、心臓のポンプ機能の障害によって、倦怠感、呼吸困難、動悸、身体的なエネルギー不足などの症状を体験し、その結果、仕事や家事、余暇活動の継続に制約が生じる^{4) - 6)}。また、患者は心不全症状の悪化を予防するために、心不全症状の観察、塩分や水分制限、薬物療法の遵守、活動制限等を行わなければならない⁷⁾。患者は症状そのものや症状悪化予防による制約を生活の中に取り入れ適応していくことを余儀なくされる。

一方で、わが国の慢性心不全患者の再入院率は退院後1年以内に40%と高く⁸⁾、患者は適切に症状悪化予防を行っていないことが明らかになっている。患者が適切に症状悪化予防を行えない理由は、心不全の病態および症

状や機序と、日常生活の注意点の関連との知識不足であると指摘されている⁹⁾。患者が症状悪化予防行動を自身の生活に馴染むよう組み込むには、看護職者は一般的な知識の提供だけでなく、患者個々の身体的・精神的・社会的状況や症状悪化予防の障壁となるものを理解した上で個別的な援助を行うことが必要である。しかし、わが国の心不全患者の症状悪化予防¹⁰⁾に関する先行研究では、個々の生活背景を理解する重要性は指摘されているものの、患者が症状による制約を個別の生活にどのように組み込み、調整しようとしているかについて明らかにされていない。その実態を明らかにすることは、看護職者が、心不全による制約が患者の生活にどのような影響を及ぼすのか、知識不足以外に症状悪化予防の障壁となるものは何かについて理解し、患者の生活に即した具体的な援助を提供するために必要不可欠であると考えられる。

II. 研究目的

慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整を明らかにし、慢性心不全患者の生活調整に対する看護援助を検討する。

Ⅲ. 用語の定義

生活調整：患者の価値観，習慣，社会的役割，居住環境，経済状況に関連した生きるための主体的な営みと，患者が心不全の症状悪化予防のために望ましいと理解している行動との間で，つりあいをとろうとする思慮，選択，決心，判断，行動を含む行為

Ⅳ. 調査方法

1. 研究デザインの選択

慢性心不全患者が症状悪化予防と生活とのつりあいをとろうとする複雑な事象を明らかにするために，質的記述的デザインを用いた。

2. 対象

総合病院の循環器内科外来に通院中の患者で，心不全と診断され，左室駆出率40%以下程度の者を対象とした。

3. 調査期間

2008年5月～11月

4. 調査内容

- 1) 心不全の症状悪化予防に関する知識や実際に行っている予防行動
- 2) 心不全の症状悪化予防を行う上で生じる生活の変化や制約に関する患者の思慮，選択，決心，判断，行動

5. 調査方法

対象者1人に対し30～90分程度の半構造化面接を2～3回行った。面接は個室またはそれに準じるプライバシーを保てる場所で行った。面接内容は対象者の許可を得て録音し，逐語録を作成した。また，面接で得た情報を補足するために，対象者と主治医の了承を得た上で外来診察場面に同席し参加観察を行った。対象者の病歴や社会的背景は診療記録や看護記録から資料を得た。

6. 分析方法

分析は質的帰納的分析方法を用いた。個別分析では，逐語録やフィールドノートから生活調整に関する記述部分を，一つの意味内容を一まとまりとして抜粋し，含まれる意味が明確になるように簡潔な一文として表現した。内容が類似する一文を集め，そこに含まれる意味を簡潔に表現したものを生活調整の具体的内容とした。全体分析では，個別分析で得られた全対象者分の具体的内容について，意味内容が類似するものを集める作業を数回繰り返しサブカテゴリーとして表現した。さらに，意味内容が類似するサブカテゴリーを集め，含まれる意味内容を簡潔に表現しカテゴリーとした。

7. 倫理的配慮

本研究は千葉大学看護学部倫理審査委員会の承認を得

て実施した。対象者には，研究の趣旨，参加・協力への自由意志と匿名性の保証，途中で辞退しても不利益を被らないことを口頭及び書面で説明し同意を得た。また，心不全患者は症状による倦怠感や易疲労感を抱えていることが多いため，面接前や面接中に疲労感等の体調のアセスメントを行い，体調に応じた面接時間となるよう配慮した。

Ⅴ. 結果

1. 対象者の概要

対象者は男性5名，女性2名で，年齢は20～80歳代（平均 63.8 ± 16.2 ）であった。心不全の原因疾患は拡張型心筋症4名，陳旧性心筋梗塞2名，陳旧性心筋梗塞と先端肥大症の関与疑い1名であった。心不全重症度はNYHAⅠ度2名，Ⅰ～Ⅱ度1名，Ⅱ度2名，Ⅱ～Ⅲ度2名であった。左室駆出率は17～41%（平均 28.7 ± 8.3 ）であった。初回の心不全発症からの期間は1～7年（平均 4.2 ± 2.6 ）であった（表1）。

対象者への面接は1～4回（平均 2.7 ± 0.8 ）であった。合計面接時間は59～184分（平均 111.5 ± 42.2 ）であった。

2. 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整

分析の結果，9つのカテゴリーが導き出された（表2）。以下に各カテゴリーの内容を説明する。なお，各カテゴリーに含まれるサブカテゴリーを〈 〉で示す。

1) 症状悪化しないことが第一優先であると意識を変える

この生活調整には〈症状を悪化させたくないので心負荷を軽減することを第一に考える〉，〈生きて果たしたいことがあるので，症状悪化予防を優先に考える〉，〈務めの完璧な遂行は心負担になるので，無理のない範囲で遂行するよう意識する〉が含まれる。具体的には，収益を上げるよりも無理をしないことを優先して新規客はとらずに常連客だけで営業しようとする（対象E），少しでも長く生きて孫の顔が見れたらいいなと思うから，心負担となる習慣は止めようと思う（対象C），長生きしたいので仕事を無理せずのんびりやろうとする（対象B）などであった。

2) 症状悪化しないことを優先する生活様式に変更する

この生活調整には〈自分が望む仕事や住む場所は療養生活に適さないので断念する〉，〈食事や嗜好品の習慣は病状悪化の原因となるので摂取を控える〉，〈心負担となる旅行や出歩く趣味は控える〉，〈心負担となる生活習慣を改める〉が含まれた。活動に伴う息切れ，動悸，疲労などの心不全の症状や心負担となる行為の制限のため，患者は，食事の塩分やカロリーの制限，就寝時間や入浴

表1 対象者の概要

対象者	A	B	C	D	E	F	G
年齢	20歳代	50歳代	60歳代	60歳代	70歳代	70歳代	80歳代
性別	男性	男性	男性	男性	男性	女性	女性
原疾患	拡張型心筋症	拡張型心筋症	陳旧性心筋梗塞	陳旧性心筋梗塞	労作性狭心症 拡張型心筋症	陳旧性心筋梗塞	拡張型心筋症 心房細動
初回心不全発症からの期間	2年半	1年	3年	9年	2年半	7年	5年
心不全悪化による入院回数	2回	1回	1回	5回	1回	5回	1回
左室駆出率	22%	25%	41%	17%	26%	30%	40%
NYHA	Ⅱ～Ⅲ	I	I	Ⅱ	I～Ⅱ	Ⅱ～Ⅲ	Ⅱ
職業	土木作業員	小売店主	清掃員	無職	小売店主	主婦	無職
同居家族	独居（家族は遠方に在住）	妻・子供2人	妻・子供1人	妻	妻・子供1人	夫	独居（子供家族は近くに在住）

方法の変更、趣味の旅行や出歩くことを減らすなど慣れ親しんだ生活の変更を行った。また、運転の仕事に気に入っているが心負担になるので転職を考える（対象A）、自分で建てた終の棲家があるが通院の利便性を第一に考え病院の近くに引っ越す（対象G）など、生き方に大きく影響を及ぼす生活様式の変更もあった。

3) 制約内で食習慣や楽しみを維持する工夫をする

この生活調整には〈制約内で飲食物を摂取する工夫をする〉、〈心負担となる趣味や楽しみは負担を減らす方法で継続する〉が含まれた。患者は心負担とならない生活様式への変更によって多くの制約を抱える一方で、馴染んだ食習慣、趣味や楽しみを心負担がかかりすぎない範囲で維持しようとした。例えば、飲酒量を減らすために少量を薄めて飲む（対象B）、趣味の外出や旅行は近場で済ませたり移動をバスから特急に変えて移動時間を短縮して心負担を減らす（対象D、E）、ストレス解消方法を飲酒からブドウ栽培に変える（対象B）、喫煙をやめる代わりに飲酒は唯一の楽しみとして続ける（対象C）などであった。

4) 務めや趣味を行えるように限られた心身のエネルギーを適切に配分する

この生活調整には〈限られたエネルギーを効率的に使って務めを果たせるよう工夫をする〉、〈限られた心身のエネルギーを趣味のために温存する〉が含まれた。具体的には、疲労しやすい身体を考慮して、エネルギーがある午前中に効率よく仕事や家事をこなせるようにスケジュール調整したり（対象E、F）、友達付き合いの前日は寝て暮らして体力を温存する（対象F）など、馴染んだ生活をできるだけ維持するために少ない心身のエネルギー

を配分する工夫を行った。

5) 心負担を回避するために周囲の環境を調える

この生活調整には〈心負担を軽減するために他者の理解を得る〉、〈心負担を軽減するために他者の協力を得る〉、〈心負担となる行動を前もって控えるために活動範囲を限定する〉、〈暑さによる心負担の予防のために温度環境を調える〉が含まれた。すべての患者は、周囲の人の理解や協力を得て心負担となる行為を回避した。患者の中には、家が広いため生活する部屋を限定する（対象F）、外食してつい暴飲暴食してしまうのを避けるために家で晩酌する（対象C）などの工夫を行う者もいた。

6) 心機能や体力の限界を考慮し、負担となる行動は避けて自分のペースを保つ

この生活調整には〈活動中の症状出現は心機能や体力の限界と判断し、無理せずに休む〉、〈心機能や体調に合わせて無理せず仕事をする〉、〈荷重負担を避ける〉、〈心負担となる家族の意向に同調せず、体調に合わせて自分のペースで過ごす〉、〈移動時の歩行ペースを保つ〉、〈心負担とならないよう人付き合いの距離を図る〉が含まれた。すべての患者に共通していたのは無理をしないことだった。NYHAⅡ度以上の患者は、活動中に動悸、息切れ、疲労感が出現すると体力の限界と判断し休息をとった。一方NYHAⅠ度の患者は、仕事の営業件数を減らす（対象E）、仕事の終了時間を設定する（対象B）など、あらかじめ活動量や活動時間を制限することで心負担を避けた。

7) 療養体験を通して見出した自分に合う方法で健康を維持する

この生活調整には〈心臓以外の体の健康も維持したい

表2 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整

カテゴリー	サブカテゴリー
症状悪化しないことが第一優先であると意識を変える	症状を悪化させたくないので心負荷を軽減することを第一に考える
	生きて果たしたいことがあるので、症状悪化予防を優先に考える
	務めの完璧な遂行は心負荷になるので、無理のない範囲で遂行するよう意識する
症状悪化しないことを優先する生活様式に変更する	自分が望む仕事や住む場所は療養生活に適さないので断念する
	食事や嗜好品の習慣は病状悪化の原因となるので摂取を控える
	心負荷となる旅行や出歩く趣味は控える
	心負荷となる生活習慣を改める
制約内で食習慣や楽しみを維持する工夫をする	制約内で飲食物を摂取する工夫をする
	心負荷となる趣味や楽しみは負荷を減らす方法で継続する
務めや趣味を行えるように限られた心身のエネルギーを適切に配分する	限られたエネルギーを効率的に使って務めを果たせるよう工夫をする
	限られた心身のエネルギーを趣味のために温存する
心負荷を回避するために周囲の環境を調える	心負荷を軽減するために他者の理解を得る
	心負荷を軽減するために他者の協力を得る
	心負荷となる行動を前もって控えるために活動範囲を限定する
	暑さによる心負荷の予防のために温度環境を調える
心機能や体力の限界を考慮し、負荷となる行動は避けて自分のペースを保つ	活動中の症状出現は心機能や体力の限界と判断し、無理せずに休む
	心機能や体調に合わせて無理せず仕事をする
	荷重負荷を避ける
	移動時の歩行ペースを保つ
	心負荷となる家族の意向に同調せず、体調に合わせて自分のペースで過ごす
	心負荷とならないよう人付き合いの距離を図る
療養体験を通して見出した自分に合う方法で健康を維持する	心臓以外の体の健康も維持したいので、過度な心負荷とならない方法で健康維持する
	症状悪化や治療薬の副作用出現の体験に基づき、自分に合う療養方法を見出し実行する
	心負荷の原因と考える心理的ストレスを溜め込まず発散する
自分を取り巻く状況を考慮した結果、心負荷となる行動をやむを得ず行う	他者への気兼ねや責任感から周囲を頼れない状況と判断し、負荷となる行動をとる
	収入や住む場所の保証を求め、やむを得ず負荷が大きい仕事を続ける
	住居の改善は不可能なので、症状が出て我慢して日課を行う
	心理的ストレスを家族から受けても、衝突してストレスが増強しないよう自分が我慢する
心負荷と分かっているが自分の価値観を優先したいので負荷となる行動をとる	病弱で他者の世話になる自分を受け入れたくないので心負荷となる行動をとる
	信条を貫きたいので心負荷となる行動であっても行う
	体を動かさなくなるまで生きるよりぼっくり死んだほうがいいので、心負荷になっても好きなことをしたいと考える
	自分が好きなことは心負荷となる行為だが、自覚症状を基に症状悪化しないだろうと判断し、好きなことをする

ので、過度な心負荷とならない方法で健康維持する〉、〈症状悪化や治療薬の副作用出現の体験に基づき、自分に合う療養方法を見出し実行する〉、〈心負荷の原因と考える心理的ストレスを溜め込まず発散する〉が含まれた。この調整は心不全の罹患歴が長く、何度も入退院を繰り返した患者に多く見られた。患者は、高齢による筋

力低下の予防、脳梗塞の後遺症による下肢の動かしにくさのリハビリなど、心臓を含めた全身の健康維持の重要性を感じており、そのための運動は回数を決めてゆっくり行うなど工夫を行った（対象D）。また、過労による負荷で症状が悪化した経験を踏まえて自分に見合った活動量の設定を行った（対象D）。さらに、医師に指示さ

れた薬物治療計画に従った結果、副作用で苦しんだり体調が思わしく回復しなかった経験から、身をもって良いと感じられた民間療法の実行や健康食品の摂取を行った（対象D、F）、脱水や頻尿予防のため体調や予定を考慮して利尿剤の服薬量や服薬時間の自己調整（対象D、F）を行った。

8) 自分を取り巻く状況を考慮した結果、心負担となる行動をやむを得ず行う

この生活調整には〈他者への気兼ねや責任感から周囲を頼れない状況と判断し、負担となる行動をとる〉、〈収入や住む場所の保証を求め、やむを得ず心負担が大きい仕事を続ける〉、〈住居の改善は不可能なので、症状が出て我慢して日課を行う〉、〈心理的ストレスを家族から受けても、意見が衝突してストレスが増強しないよう自分が我慢する〉が含まれた。具体的には、同僚に気を遣って心負担と知っていながら疲れていても無理して仕事をする（対象A）、夫の介護は労作が大きく心負担となるが、夫の病状を考えると自分が行わざるを得ないと思って介護する（対象F）、肉体労働が心負担になることは知っているが、収入や住む場所が保証されるのでやむを得ず肉体労働を続ける（対象A）、趣味の植木の水やりのための水の持ち運びや庭への昇降で息切れの症状が出るが、借家のため自分の都合良く改造できないから症状が出て我慢して行う（対象G）などの状況があった。

9) 心負担と分かっているが自分の価値観を優先したいので負担となる行動をとる

この生活調整には〈病弱で他者の世話になる自分を受け入れたくないので心負担となる行動をとる〉、〈信条を貫きたいので心負担となる行動であっても行う〉、〈体を動かせなくなるまで生きるよりぼっくり死んだほうがいいので、心負担になっても好きなことをしたいと考える〉、〈自分が好きなことは心負担となる行為だが、自覚症状を基に症状悪化しないだろうと判断し、好きなことをする〉が含まれた。患者の中には、親元でサポートを得ながら療養するのが望ましいと理解しているが病弱で親に世話をかける自分を受け入れられないために独居のまま仕事も継続する（対象A）、好きな仕事を我慢し長生きするよりもぼっくり死んだほうがいいと思い負担の大きい仕事を続ける（対象A）、経済状況や教育レベルで自分と差がある隣人とは付き合いたくないので好意に頼らず息切れしながらゴミ捨てをする（対象G）など、症状悪化予防よりも優先される価値観や信条を持つ者がいた。また、飲酒を控える必要性を理解しているが、これくらいいいだろうとつい飲酒量が増えてしまう

（対象B）、病状悪化時は転職も考えたが病状が安定すると負担の大きい仕事でも好きだから続けてしまう（対象A）などの状況もあった。

VI. 考 察

1. 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整

本研究で明らかになった9つのカテゴリーは、その意味内容から、1) 症状悪化予防が第一優先であると意識を変え生活に症状悪化予防行動を組み込む、2) 症状悪化予防より、やむを得ない状況や自分の価値観を優先する、の相反する2つの様相を示すと考えられた。さらに、同一患者が相反する様相の生活調整を行う場合があることが明らかとなった。以下に2つの様相の特徴について考察を述べる。

1) 症状悪化予防が第一優先であると意識を変え生活に症状悪化予防行動を組み込む

患者が日常生活に症状悪化予防を組み込んでいくうえで基盤となる調整は、馴染んだ生活の維持よりも心不全が悪化しないことが第一優先であると意識を変えることであった。馴染んだ生活の優先事項の再検討に至った背景には、低下した心機能の認識と、これ以上症状悪化させたくないという思いがあった。これは、心不全患者がセルフケアを行う動機づけは入院を避けたいという思いであるというRiegelら（2002）¹¹⁾の報告と一致する。

生活の優先事項を再検討した結果、患者は、食事、嗜好品、趣味、睡眠や入浴方法などの日常的な習慣の変更を生活に組み込むことを余儀なくされた。その一方で、患者は慣れ親しんだ生活をできるだけ維持しようと、制約内で食生活や趣味を維持する方法の工夫、務めや趣味を行うための心身のエネルギーの適切な配分、他者の理解や協力を得たり居住環境を調えるといった心負担軽減のための環境の調整を行った。先行研究でも、心不全患者は倦怠感や体力低下、塩分や水分制限のために生活の変化を余儀なくされるにもかかわらず、制約を受け入れて以前の生活様式を維持しようと工夫することが報告されている^{12) 13)}。以上より、慢性心不全患者は馴染んだ生活をできるだけ維持することに重要性を感じていると言える。

患者は、息切れや疲労感の症状出現を心機能の限界と判断して休んだり、仕事量や仕事をする時間をあらかじめ制限することで、心機能や体力の限界を考慮しながら自分のペースを保とうとしていた。特に、心不全発症からの期間が長く、何度も入退院を繰り返した経験を持つ患者は、過去の症状悪化の経験から自分に見合った活動量を体得したり、身をもって良いと感じた健康食品や民

間療法を取り入れるなど、長い療養体験から自分に合う症状悪化予防方法を見出していた。これは、入退院を繰り返す慢性病下降期にある患者が身体の不快や心地よさを感じたのち、自分の身体に向き合い、身体機能の限界と可能性を把握する¹⁴⁾ ことと一致する。したがって、心不全患者も他の慢性病下降期にある患者と同様に、症状の有無や過去の経験に基づいた主観的な身体感覚を活用し、心負荷がかかりすぎない活動範囲を見極めていると言える。

2) 症状悪化予防より、やむを得ない状況や自分の価値観を優先する

心負荷となる行動をやむを得ず行う患者に共通していたのは、NYHA II 度以上であること、独居もしくは高齢夫婦のみの世帯という家族構成であった。心不全の重症度が高くなるほど生活のあらゆる場面で制約が生じ、他者に協力を得なければならない状況が多くなる。そのうえ独居や高齢夫婦世帯である場合、実質的なサポートを十分に得にくく、心負荷となる行動をとらざるを得ない状況が生じていることが示唆された。先行研究でも、家族や友人による実質的なサポートは、症状悪化予防が成功する上で重要な要素であることが示されている^{15) - 17)}。したがって、特に日常生活行動において心不全症状が出現するNYHA II 度以上の患者にとって、症状悪化予防を行う上で他者のサポートは重要であると考ええる。

また、やむを得ず負荷となる行動を行う背景には、患者の経済的な問題があった。患者の中には、収入や住む場所が保証されるので心負荷が大きくても肉体労働を続けるという選択をする者がおり、経済的な拠り所を確保しなければならないという患者の状況が症状悪化予防の障壁となっていた。先行研究でも、患者の経済的な問題のために通院や服薬の継続が困難となる状況が示されており¹⁸⁾、経済的な問題は症状悪化予防の大きな障壁であると言える。

患者の中には、たとえ心負荷になったとしても優先したい価値観や信条を持つ者がいることが明らかになった。そのような価値感や信条を優先した生活調整は、患者がどのように生きたいと考えているか表していると言える。

2. 同一患者における相反する生活調整の存在の意味

本研究の対象者は、1) 症状悪化予防行動を第一優先とする調整のみを行う者、2) 症状悪化予防行動を第一優先とする調整と、症状悪化予防行動より自分の価値観や信条を優先する調整との両方を行う者に分けられた。相反する両方の調整を行った患者は3名であった。これは、患者が相反する二つの価値観の間で揺れ動いたり、

矛盾を抱えながら調整を行おうとする状況を示すと考える。本研究結果では、症状悪化しないことを優先する生活様式への変更は、単に日々の生活習慣の変更のみならず、転職や終の棲家からの引っ越しなど生き方に大きく関わる内容にも及んだ。先行研究でも、心不全のために仕事や家事ができなくなる、家族や友人との交流ができなくなる、生きがいを失う、離婚によって家庭が破滅するなど生活の大きな変化を経験することが明らかになっている^{19) - 21)}。患者の中には、心不全のために様々な制約が生じ、どのように生きていくのか人生の選択を迫られ、相反する価値観や矛盾を抱える者も存在すると言える。

また、相反する二つの価値観の存在の背景には、社会的役割、居住環境、経済状況、信条など各々の患者独自の複雑に絡み合った問題が生じていた。患者が症状悪化予防を適切に行えていないように見える場合に、医療者が一側面だけ見て自己管理ができていない患者というレッテルを貼ったり、その原因を決めつけたりしてしまうと、症状悪化予防の障壁となる問題の本質が見えにくくなってしまふことがあると考える。日常生活行動と相互に関連した個々人の価値観、習慣、社会的役割、居住環境、経済状況等の様々な側面が絡み合った背景を概観し、患者の揺れ動く気持ちを理解することが、問題の本質的な解決につながると考える。

3. 慢性心不全患者の生活調整に対する看護支援

本研究で得られた結果の考察から、慢性心不全患者の生活調整に対する看護として、以下の点が重要であると考ええる。

1) 心不全による制約を患者が望む馴染んだ生活に組み入れられるよう支援する

患者は、生活全般にわたり多くの制約を受け一方で、制約内で様々な対処を行い、馴染んだ生活を維持しようとした。患者が心不全を抱えながら馴染んだ生活を維持するには、日々の活動の心負荷の大きさや体調の総合判断、状況に応じた症状悪化予防が必要である。本研究では、症状悪化予防の動機づけには、自分の健康状態の認識や疾患に対する理解が必要不可欠であることが示唆された。看護職者は、患者が症状悪化予防の必要性を動機づけられるように、現在の心機能、心不全の病態、症状、負荷となる行動、症状悪化予防行動の関連について知識を獲得するための支援を行うことが欠かせない。

また、患者は主観的な身体感覚を活用し、心負荷がかかりすぎない活動範囲を見極めていた。これより、患者が体重測定や負荷となる活動前後の検脈等の客観的なデータの必要性を理解し、それらの情報と患者が身をもって

得た主観的な身体感覚とを統合し意味付けできるように看護職者が関わる必要があると考える。それによって、患者は症状悪化の兆候をより早く察知したり、体調に応じた活動量の調整を可能とするだろう。

本研究結果では、症状悪化予防よりも自分を取り巻くやむを得ない状況を優先する患者が存在することが明らかになった。患者が心負荷となる行動をやむを得ず行う場合には、継続して関わり信頼関係を構築した上で、患者の行動の背景にある問題を十分にアセスメントし、患者と共に対処を検討する必要がある。看護職者は、患者が病気を抱えて社会的役割遂行することで患者に負担がかかりすぎているか、経済的問題など生活上の問題を抱えていないかなど、患者の生活に対する心不全の影響や症状悪化予防を行う障壁となるものをアセスメントすることが必要である。特に今後増加することが予測される独居や高齢夫婦世帯、また、周囲から実質的なサポートを得にくい状況にある患者は適切な支援が必要となると考える。

また、患者が症状悪化予防を適切に行えない原因は生活のある一側面だけにあるのではなく、様々な生活の側面が複雑に絡み合った結果、患者独自の問題が生じていることが示唆された。このような患者を支援する際には、継続して介入しながら情報を得て、患者がやむを得ず心負荷となる行動を行う背景を理解し、絡み合った問題の本質を捉えられることが必要であると考え。継続した看護援助の効果について、Falk (2009)²²⁾ は、看護師主導の心不全クリニックに通う患者は、同じ看護師に継続してケアを受けられることに重要性を感じ、患者と看護師との信頼関係構築につながったことを報告した。継続して関わることで信頼関係が構築され、そして初めて患者は症状悪化予防を行う上での苦勞、家族関係や生活状況の問題、またそれに関わる思いやライフヒストリーを語り始めると考える。そしてその語りの中にこそ複雑に絡み合った問題を解決する糸口があると考え。

2) 心不全を抱えて生きる過程において症状悪化予防と自身の価値観との調整を支援する

本研究では、生活調整は単に日々の生活習慣の変更をすることだけでなく、生き方の選択をするという側面をもつことが示唆された。心不全による制約と自分が望む生活とのつりあいをとっていく中で、患者にとって症状悪化予防よりも優先したい価値観が存在することも当然あるだろう。したがって、心不全と共にどのように生きていきたいか患者が自己決定でき、その決定を支える支援が必要であると考え。患者が心不全を抱えながらどのように生きていきたいか考える上で、心不全によって

自分の生活がどのように影響を受けるのか正しく把握することが重要であると考え。そのためにはまず、患者が疾患や症状、現在の心機能、心負荷となる行動について知識を獲得するための援助は必要不可欠である。また、本庄²³⁾ は、慢性病者のセルフケア能力の要素の一つとして、価値観に合わせて健康管理法や利用可能な資源を選択する能力を挙げている。したがって、看護職者は、患者が病状や予後をどのように受け止め、その上でどのように生きていきたいと考えているのか理解し、患者の価値観や生活に沿った健康管理法や利用可能な資源を患者と共に見出す支援を行うことが必要と考える。患者の気持ちが揺れ動いたり、心負荷になると分かっているにもかかわらず症状悪化予防行動を実行できなかったりするときには、医療者の価値観である前向きに治療を行う患者像を押し付けず、揺れ動く患者の気持ちや考えを見守り、患者の気持ちや考えの変化の機会を捉えて介入することが必要であると考え。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、慢性心不全患者が心不全罹患による制約に対し様々な対処しながら馴染んだ生活を維持しようとする状況、その一方で症状悪化予防よりもやむを得ない状況や譲れない価値観を優先する状況が明らかになった。

今回の対象者は7名と少なく、認知機能に問題のない身体機能が比較的保たれている患者のみを対象にしている。今後は、事例数を増やして結果を検証するとともに、心不全患者が個々の馴染んだ生活の中に症状悪化予防を組み込むための看護援助方法について検討したい。

本論文は、千葉大学大学院看護学研究科における修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 2004年度合同研究班：慢性心不全治療ガイドライン（2005年改訂版）、
http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2005_matsuzaki_h.pdf
- 2) 厚生労働省統計データベース「人口動態調査特殊報告（平成17年度）死亡 第4-16表 心疾患死亡数、病類（単分類）・性・年齢（5歳階級）別 -昭和53年～平成16年-（心不全）」
http://www.wdbtk.mhlw.go.jp/toukei/data/012/2005/toukeihyou/0005515/t0119266/0416_001.html
- 3) 厚生労働省統計「平成19年我が国の保健統計」
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/130-1.html>
- 4) Europe, E., Tyni-Lenné, R.: Qualitative analysis of the male ex-

- perience of heart failure, *Heart Lung*, 33(4) : 227 – 234, 2004.
- 5) Mårtensson, J., Karlsson, J. E., Fridlund, B. : Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation., *Journal of advanced nursing*, 25(3) : 579 – 586, 1997.
 - 6) J.F. Pattenden, H. Roberts, R.J.P. Lewin : Living with heart failure; patient and carer perspectives, *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(4) : 273 – 279, 2007.
 - 7) 前掲 1
 - 8) Tsutsui, H., Tsuchihashi, M., Kinugawa, S., Goto, D., Takeshita, A.: Clinical characteristics and outcome of hospitalized patients with heart failure in Japan - Rationale and design of Japanese Cardiac Registry Of Heart Failure In Cardiology (JCARE-CARD), *Circulation Journal*, 70(12) : 1617 – 1623, 2006.
 - 9) 大津美香, 森山美智子 : 慢性心不全患者の疾病の自己管理の実態と心不全の臨床指標との関連, *広島保健学ジャーナル*, 7(2) : 66 – 75, 2008.
 - 10) 後藤秀世, 長井裕介, 長沼文雄, 高木一生, 結城昌慶 : 慢性心不全患者における在宅療養上の問題点の抽出及び患者教育に関する検討, *心臓リハビリテーション*, 10(1) : 130 – 135, 2005.
 - 11) Riegel, Barbara, Carlson, Beverly : Facilitators and barriers to heart failure self-care, *Patient Education and Counseling*, 46(4) : 287 – 295, 2002.
 - 12) Rhodes, Diane L., Bowles, Cheryl L. : Heart failure and its impact on older women's lives. *Journal of advanced nursing*, 39(5) : 441 – 449, 2002.
 - 13) Falk, Solvig : Keeping the maintenance of daily life in spite of chronic heart failure. A qualitative study, *European journal of cardiovascular nursing*, 6(3) : 192 – 199, 2007.
 - 14) 谷本真理子 : 慢性病下降期を生きる人々のセルフケアの意味に着目して支援する看護援助, *千葉看護学会誌*, 12(2) : 1 – 7, 2006.
 - 15) Stromberg, A., Brostrom, A., Dahlstorm, u., Fridlund, B.: Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: a critical incident technique analysis, *Heart&Lung*, 28(5) : 334 – 341, 1999.
 - 16) Riegel, B., Dickson, VV., Goldberg, LR., Deatrick, JA.: Factors associated with the development of expertise in heart failure self-care, *Nursing research*, 56(4) : 235 – 243, 2007.
 - 17) Dickson, VV., Barbara Riegel : Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care: *Heart Lung*, 38(3) : 253 – 261, 2009.
 - 18) Macabasco-O'Connell, A.: Self-care behaviors in indigent patients with heart failure, *Journal of cardiovascular nursing*, 23(3) : 223 – 230, 2008.
 - 19) 前掲12
 - 20) Zambroski, C.H. : Qualitative analysis of living with heart failure, *Heart lung*, 32(1) : 32 – 40, 2003.
 - 21) 森下晶代, 津田紀子, 石川雄一, 矢田真美子 : 心筋症患者のパワーlessnessに関する検討, *日本看護科学会誌*, 26(1) : 23 – 33, 2006.
 - 22) 前掲13
 - 23) 本庄恵子 : 慢性病者のセルフケア能力を評価する指標に関する研究 – 看護者による評価に焦点を当てて –, *日本赤十字看護大学紀要*, 15 : 34 – 45, 2001.

BALANCE BETWEEN THE PREVENTIVE MEASURES AGAINST DETERIORATION AND DAILY LIFE IN CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS

Ryoko Yamashita ^{*1}, Mariko Masujima ^{*2}, Tomoko Majima ^{*2}

^{*1} : Doctoral program in Graduate School of Nursing Chiba University

^{*2} : Graduate School of Nursing Chiba University

KEY WORDS :

chronic heart failure, preventive measures against deterioration, daily life

The purpose of this study is to describe how chronic heart failure patients balance preventive measures against deterioration and daily life, and to determine the nursing implications for these patients. The subjects were heart failure outpatients whose ejection fractions were <40%. We collected data by using semi-structured interviews, participant observations, and reviews of medical records. A qualitative analysis revealed that the following 9 strategies were employed by the patients to prevent deterioration: altering their attitude towards their condition, which was a priority; altering their lifestyle; investing energy into daily tasks or hobbies; carrying out activities despite cardiac stress caused by unavoidable circumstances; preceding belief with not deteriorating and maintaining the lifestyle they were accustomed to despite the risk of deterioration. Although incorporating preventive measures restricted many aspects of daily life, the patients attempted to maintain a familiar lifestyle they were accustomed to prior to their illness by using several strategies. Some patients carried out activities despite cardiac stress caused by unavoidable circumstances and their belief. They balanced preventive measures and daily life as the situation demanded, and were occasionally uncertain what should be given priority-their belief or the prevention of deterioration. Consequently, we suggested the following measures to be adopted in nursing care support: (1) assisting the patients in overcoming the limitations associated with heart failure so that they can have a familiar lifestyle and (2) supporting patients in their attempts to balance preventive measures against deterioration with their beliefs about living with heart failure.